Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Albert Fricke,

approb. Arzt aus Hildesheim.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1892.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Albert Fricke,

approb. Arzt aus Hildesheim.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1892.

No. 74.
Rectoratsjahr 1891/92.
Referent: Dr. Heller.
Druck genehmigt:
Dr. Heller, z. Z. Dekan.

Seinen teuren Eltern

in kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0227

In neuerer Zeit ist vielfach über ein Kapitel geschrieben worden, welches nicht nur für die wissenschaftliche Forschung, sondern auch für die ärztliche Praxis das grösste Interesse darbietet, nämlich über die durch gewohnheitsmässiges Einengen des unteren Brust- und oberen Bauchabschnittes bedingten pathologischen Veränderungen im menschlichen Organismus. Cruveilhier[1]) war der erste, welcher im Jahre 1839 auf diese schädliche Gewohnheit hinwies und mehrere krankhafte Veränderungen an den Bauchorganen als Folgen des Schnürdruckes erklärte. Seitdem ist von vielen Seiten zu dieser Frage beigetragen worden, sodass wir heute berechtigt sind, das Schnüren als eine wichtige Ursache der verschiedensten pathologischen Störungen zu beschuldigen. Namentlich Herr Professor Heller hat seit geraumer Zeit seine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gerichtet und durch eine Reihe seiner Schüler daraufhin Untersuchungen anstellen lassen, die wesentlich zur Klarlegung dieser Frage beigetragen haben.

Vor ganz kurzer Zeit ist nun wiederum einmal im hiesigen pathologischen Institute ein Fall zur Sektion gekommen, der in schönster Weise die Folgen eines, wenn auch mässigen, so doch lange Zeit anhaltenden Druckes zeigt. Herr Professor Heller hatte die Freundlichkeit, mir diesen Fall zur Veröffentlichung zu übergeben. Derselbe ist in mancher Beziehung von Interesse, namentlich im Hinblick auf seine Aetiologie, sodass mir derselbe wert zu sein scheint, veröffentlicht zu werden.

Ehe jedoch ich zur Mitteilung des betreffenden Falles schreite, möge es mir vergönnt sein, zuvor näher auf die Gefahren einzugehen, welche dem Organismus durch das Schnüren — wie es kurz bezeichnet werden mag, obwohl auch andere ähnlich wirkende Verhältnisse dazu gehören — drohen, und die durch dasselbe bedingten krankhaften Störungen zu betrachten. Ich kann mich dabei ganz und gar von den Beobachtungen leiten lassen, die aus dem hiesigen

[1]) Cruveilhier, pathologische Zustände der Leber, Band XXII.

pathologischen Institute hervorgegangen sind, zumal die verschiedenen Arbeiten die übrige einschlägige Literatur in vollkommenster Weise berücksichtigen, und möchte daher jene Arbeiten, welche der Natur ihres Stoffes nach in so inniger Beziehung zu meinem weiter unten zu veröffentlichenden Falle stehen, zuvor anführen. Es sind folgende:

Heller. Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte 1886.

Petermöller. Über den sogenannten Geschlechtstypus des menschlichen Brustbeines; Inaug.-Diss. Kiel 1890.

Leue. Über die Häufigkeit der Schnürleber. Inaug.-Diss. Kiel 1891.

Buck. Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen an den Baucheingeweiden. Inaug.-Diss. Kiel 1889.

von Fischer-Benzon. Ein Beitrag zur Anatomie und Aetiologie der beweglichen Niere. Inaug.-Diss. Kiel 1887.

Heinr. Peters. Gallensteinstatistik. Inaug.-Diss. Kiel 1891.

Die Art der Kleidung bringt es mit sich, dass die Schnürveränderungen beim weiblichen Geschlechte enorm überwiegen. Letzteres hält, von Eitelkeit getrieben, mit einer wirklich einer besseren Sache würdigen Zähigkeit an der Unsitte fest, den Thorax wahrhaft leidenschaftlich mit Schnürleibern und Korsets zusammenzudrängen. Es giebt nun ja immer noch Ärzte, welche das Korset für ziemlich harmlos halten, doch es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass auch durch den anhaltenden von Seiten des Korsets ausgeübten Druck eine ganz bedeutende unnatürliche Einengung des unteren Brustkorbabschnittes erzielt wird. Nicht auf das Korset ist freilich der Nachdruck zu legen, sondern auf das Schnüren, denn es kann wohl eine Frau ein Korset tragen, ohne sich zu schnüren, und umgekehrt sich schnüren, ohne ein Korset zu tragen. Allerdings dürfte ebensosehr bei der Entstehung der Schnürveränderungen die Art und Weise, wie das weibliche Geschlecht die Röcke zu befestigen pflegt, in die Wagschale fallen. Es werden ja bekanntlich die Röcke einer über dem anderen oberhalb der Hüften angelegt und mit Bändern fest geschnürt; je mehr Röcke nun getragen werden, um so stärker wird die Schnürwirkung sein müssen, da jedes weitere Band die durch das erste gesetzte Schädlichkeit noch erhöht. Beim männlichen Geschlecht dagegen herrscht doch im Allgemeinen die Sitte vor, die Beinkleider an Hosenträgern zu

befestigen; allerdings ist auch bei gewissen Berufsklassen, z. B. bei Schiffern, Handwerkern, Arbeitern, ja auch bei leidenschaftlichen Turnern das Tragen eines um die Lendengegend angelegten Gürtels oder Riemens sehr beliebt, wohl vielleicht aus dem Grunde, weil die betreffenden Individuen in der Bewegung ihrer Arme dann weniger behindert sind. In solchen Fällen lassen sich auch an männlichen Leichnamen Schnürveränderungen nachweisen. Auch zu eng geschnallte Degenkuppeln bei Soldaten dürften wohl denselben Erfolg haben. Dass auch diejenigen männlichen Kreise, welche glauben, zur Erzielung einer »schlanken und schönen Figur« das Korset »Façon Mars« nötig zu haben, Schnürwirkungen an ihrem Körper aufzuweisen haben, unterliegt keinem Zweifel, freilich kommen solche Personen in Universitätsinstituten nicht zur Beobachtung. Leichte Deformitäten werden jedenfalls auch durch den in ärmeren Bevölkerungsschichten herrschenden Brauch, die Kinder ihre Kleidungsstücke möglichst lange tragen zu lassen, hervorgerufen. Denn die Leute sind nicht im Stande, ihren Kindern, namentlich zur Zeit des regsten Wachstums immer neue Kleider anfertigen zu lassen; da dieselben aber aufgetragen werden sollen, so müssen sich die Kinder eben mit den viel zu eng gewordenen Kleidern, so gut es geht, behelfen.

Gehen wir nun dazu über, was alles an Deformitäten durch das Schnüren entstehen kann. Zunächst einmal macht sich der Einfluss am knöchernen Skelet bemerkbar, indem es zu mehr oder weniger hochgradigen Verunstaltungen des Thorax kommt. Bei Frauen, welche sich stark schnüren, wird der untere Umfang des Brustkorbes auffallend verkleinert, die rechts- und linksseitigen falschen Rippen werden zusammengeschoben, sodass die Knorpel des 7. Rippenpaares auf der vorderen Fläche des Brustbeines der Mittellinie genähert werden. Ja in hochgradigen Fällen stossen selbst die Knorpel der 8. Rippen vor dem Processus ensiformis an einander, der dann gewöhnlich nach hinten gedrängt wird; es können aber auch die Rippenknorpel mit dem Schwertfortsatz Verwachsungen eingehen oder an diesem und am Corpus sterni locale Atrofie bewirken. Die Rippen zeigen sehr häufig unterhalb des Brustbeines eine deutliche Querfurche, auf das Brustbein selbst äussert der Schnürdruck seinen Einfluss in der Weise, dass das Corpus sterni verkürzt wird. Petermöller kommt in seiner oben angegebenen Arbeit über den sogenannten Geschlechtstypus

des menschlichen Brustbeines zu dem Resultat, dass derselbe nur eine Folge des anhaltenden Schnürdruckes ist. Vergleichende Untersuchungen an Brustbeinen Neugeborener ergaben bei beiden Geschlechtern einen übereinstimmenden Bau; bei Vergleichung von Brustbeinen männlicher und weiblicher Erwachsener fand er aber eine Differenz in der Länge des Corpus sterni, indem dasselbe beim Weibe verkürzt erschien, und der Grund für diese Verkürzung des Brustbeinkörpers ist nach ihm in dem Schnürdrucke zu suchen, der eben beim weiblichen Geschlechte ein stärkerer und häufigerer ist.

Das zweite Organ, an welchem in ausgesprochenster Weise Spuren des Schnürdruckes bemerkbar sind, ist die Leber. Es kommt hier zu jener erworbenen Formveränderung, welche wir mit dem Namen »Schnürleber« belegen. Durch den anhaltenden, festen beim Schnüren ausgeübten Druck des unteren Brustkorbabschnittes auf das compressible und für Druck äusserst empfindliche Lebergewebe entsteht nämlich eine Druckatrofie des Parenchyms, welche zu einer tiefen Querfurche an der vorderen Fläche der Leber führt. Diese Schnürfurche betrifft vorzugsweise den rechten Leberlappen und findet sich meistens an derjenigen Stelle, welche dem unteren Rippenbogen anliegt. Zuweilen ist die Furche so tiefgreifend, dass der rechte Leberlappen in eine obere grössere und in eine untere kleinere Hälfte getrennt wird, und dass das abgeschnürte Stück nur noch durch eine dünne Brücke mit dem oberen Abschnitt verbunden ist. An der atrofischen Stelle ist der bindegewebige Überzug der Leber fast immer stark weisslich verdickt. Manchmal kann man den unteren Leberabschnitt wie um ein Gelenk vollständig nach oben überklappen, ja es kann dieses Sichumschlagen auch schon intra vitam spontan entstehen. Die Form der Furche ist je nach der Art des Schnürdruckes verschieden; während die Riemen und Rockbänder eine tiefe Rinne erzeugen, bedingt das Korset eine breitere, flachere Furche. Das Zusammenpressen der Leber im horizontalen Umfange hat ein vermehrtes Wachstum derselben in senkrechter Richtung zur Folge. Da der obere Teil des rechten Leberlappens nicht ausweichen kann, sondern fest gegen das Zwerchfell angepresst wird, so erleiden die Gefässe daselbst eine Compression. Dadurch kommt es zu einer stärkeren Durchströmung des unteren Teiles mit Blut, was ein vermehrtes Wachstum des unteren Abschnittes des rechten Leberlappens nach sich zieht. Die Verlängerung und Abwärtsdrängung des rechten Lappens

kann so hochgradig sein, dass der untere Rand bis zur Darmbeinschaufel, ja selbst bis zur Linea arcuata des Beckens reicht. In Folge der Stauungshyperaemie erfolgt nicht selten Induration der unteren Hälfte der Schnürleber, ferner auch eine Erweiterung ihrer Gallengänge, da die secernirte Galle in den Gallencapillaren und Gallengängen ebenfalls angestaut wird.

Wie häufig sich eine Schnürleber, namentlich beim weiblichen Geschlecht, vorfindet, ersieht man sehr deutlich aus der Arbeit von Leue. Demselben stand ein Material von 3484 Sektionen Erwachsener aus dem hiesigen pathologischen Institute zur Verfügung. 2119 betrafen männliche Individuen und davon zeigten 41 (= 1,9 p. Ct.) Schnürleber, von den 1365 zur Sektion gekommenen weiblichen Personen dagegen waren 353 (= 25,9 p. Ct.) mit Schnürleber behaftet.

Die oben erwähnte Stauung der Galle findet jedoch nicht nur in den Gallengängen der Leber statt, sondern dasselbe Schicksal erfährt die Galle auch in der Gallenblase. Durch die Schnürfurche kommt es zu einer Compression des Ductus cysticus und so zu einer erschwerten Entleerung der Galle ins Duodenum. Diese Stauung hat zur Folge eine Ektasie der Gallenblase, Katarrh der Schleimhaut und Umsetzungen des Inhaltes. Dass hierin ein günstiges Moment für die Bildung von Konkrementen gegeben ist, unterliegt keinem Zweifel; Heller-Kiel und Marchaud-Marburg beschuldigen daher geradezu das Schnüren als häufigste Ursache der Gallensteinbildung. Gallensteine und Schnürleber fallen auch in der Tat sehr häufig zusammen, so fand H. Peters in seiner oben erwähnten Gallensteinstatistik 23,6% seiner Fälle mit Schnürleber kombinirt. Auch erklärt das Schnüren vollkommen das weit häufigere Vorkommen der Gallensteine beim Weibe als beim Manne (3 : 1). Nicht unerwähnt will ich schliesslich noch lassen, dass ein Folgezustand der Gallensteine und somit auch indirect des Schnürens der Gallenblasenkrebs ist, eine Anschauung, die von den verschiedensten Autoren, wie Virchow, Bollinger[1]), Heller[2]),

[1]) Deutsche medic. Wochenschr. 1884. No. 7.
[2]) Mitteilungen für den Verein Schlesw.-Holst. Aerzte 1886.

Marchand[1]), Tiedemann[2]), besonders aber von Zenker[3]) schon seit langer Zeit vertreten wird.

Wenn ich nun zu dem Verhältnis zwischen Schnüren und Wanderniere übergehe, so betrete ich damit ein Feld, das von jeher ein viel bestrittenes gewesen ist. Es sind über die Entstehung der Wandernieren die verschiedensten Theorien aufgestellt, ein Zeichen dafür, dass keine befriedigte. Darin stimmen aber alle Autoren überein, dass die Wanderniere viel häufiger bei Frauen vorkommt als bei Männern, etwa in 85% der Fälle, und zwar am häufigsten zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr; auch dass die rechte Niere bei weitem häufiger verlagert ist als die linke Niere, wird von allen zugegeben. Oppolzer[4]) hält die bewegliche Niere in den meisten Fällen für angeboren, ähnlich spricht sich Orth in seinem Lehrbuche der speciellen pathologischen Anatomie aus, denn er unterscheidet bei den Lageveränderungen der Nieren solche, welche angeboren sind, und solche, welche erst im Laufe des Lebens erworben werden; letztere beruhen nach ihm aber auch auf angeborenen anatomischen Eigentümlichkeiten der Nierengefässe und des die Nieren überziehenden Peritoneums. Zu dieser angeborenen Disposition muss noch eine weitere Einwirkung hinzukommen, um die Lageveränderung deutlich hervortreten zu lassen, und diese ist nach Orth gegeben durch vorangegangene Schwangerschaften mit bleibender Erschlaffung der Bauchdecken, eine Anschauung, die auch von Ebstein[5]) und Landau[6]) vertreten wird. Doch dagegen lässt sich anführen, dass es einmal viele kinderreiche Frauen ohne Wanderniere giebt, andererseits sich aber Wanderniere bei solchen Frauen vorfindet, welche niemals geboren haben oder schon vor ihrer Verheiratung mit diesem Leiden behaftet waren. Ferner kommen ja doch auch Wandernieren bei Männern gar nicht so selten zur Beobachtung. Auch Erschütterungen, starke Stösse u. s. w. werden als Ursache der Wandernieren beschuldigt, doch wenn das zuträfe, dann müssten wohl alle guten

[1]) Deutsche medic. Wochenschr. 1888. No. 12.

[2]) Tiedemann, Zur Kasuistik des primären Gallenblasen-Krebses. Inaug.-Diss. Kiel 1891.

[3]) Erlanger Dissertationen 1888.

[4]) Wiener medic. Wochenschr. 1856. No. 42.

[5]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Therap. Bd. IX.

[6]) Landau, Die Wanderniere der Frauen, Berlin 1881.

Turner und Reiter bewegliche Nieren besitzen. Ebstein und Landau sehen dann weiterhin vermehrte Schwere oder Grösse der Nieren durch Hydronefrose, Geschwülste, Steinbildung als Grund der Beweglichkeit an, andere wiederum schreiben die Nieren beweglichkeit einer raschen Abmagerung bei vorher bestandener Fettleibigkeit zu. Was diese beiden letzten Theorien anbelangt, so möchte ich dagegen auf die Beobachtungen von Heller hinweisen, der vor allem sehr häufig bedeutend vergrösserte Nieren in ihrer normalen Lage unbeweglich fand, ohne dass die geringste entzündliche Reizung in der Umgebung bestand; dann auch traf er bei sehr stark und rasch Abgemagerten keine Beweglichkeit an, aber im Gegenteil bei sehr Fettleibigen zugleich mit sonstigen Schnürwirkungen. Allen diesen Hypothesen steht diejenige Ansicht gegenüber, welche die Verlagerung der Nieren durch Verdrängung von Seiten der Nachbarorgane entstehen lässt. Diese Anschauung wurde zuerst geltend gemacht von Rayer[1]) und fand bald Anklang bei verschiedenen anderen Autoren, wie Rollet[2]), Steiger[3]) u. a. Cruveilhier war derjenige, welcher zuerst das starke Schnüren beschuldigte, ihm schlossen sich Bartels, Müller-Warneck[4]), Heller, v. Fischer Benzon und Riemann[5]) an, die sämmtlich in dem Schnüren den wesentlichen Grund für die Wanderniere sahen. Diese Ansicht scheint mir auch die klarste zu sein, auch hat sie den grossen Vorzug, dass sie keine blosse Hypothese ist, sondern sich auf ein reichhaltiges Sektionsmaterial stützt. Sie erklärt in ungezwungener Weise das enorme Überwiegen der Wanderniere beim weiblichen Geschlecht, sie giebt auch eine befriedigende Erklärung dafür, dass die rechte Niere so auffallend häufiger verlagert wird als die linke. Durch den anhaltenden Schnürdruck werden die Abdominalorgane — rechts die Leber, links die Milz und das gefüllte Colon descendens — nach der Mittellinie gedrängt und üben hier auf die beiderseits von der Wirbelsäule gelegenen Nieren einen dauernden

[1]) Rayer, Maladies des reins, Paris 1841.

[2]) Rollet, Pathol. und Therap. der beweglichen Nieren. Erlangen 1866.

[3]) Steiger, Würzburger medic. Wochenschr. 1867.

[4]) Müller-Warneck, Über die widernatürliche Beweglichkeit der Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung. Berl. klin. Wochenschr. 1877.

[5]) Riemann, Über den Zusammenhang von Nierendislocation und Magenerweiterung. Kiel 1888.

Druck aus. Diese können nicht nach der Mittellinie ausweichen, da sie hieran durch die Wirbelsäule gehindert werden, nach oben und aussen auch nicht wegen des von dieser Richtung her wirkenden Schnürdruckes, folglich bleibt ihnen nichts anderes übrig, als nach unten zu entweichen. Wenn nun auch Nachts eine Entlastung eintritt und die Nieren anfangs noch an ihre normale Stelle zurückkehren, so droht ihnen doch an jedem kommenden Morgen dasselbe Schicksal, und auf diese Weise bildet sich allmählig jene Lockerung und Beweglichkeit der Nieren aus, die oft so hochgradig sein kann, dass dieselben auf den Darmbeinschaufeln gefunden werden. Der Grund für die häufigere Beweglichkeit und Verlagerung der rechten Niere liegt nun in der unmittelbaren Nachbarschaft der Leber, deren Schwere und vermehrtes Wachstum nach unten ausser dem von aussen wirkenden Schnürdruck noch auf die rechte Niere wirkt. Heller giebt an, dass er in allen seinen Fällen von Wanderniere eine Verlängerung der Nierengefässe gefunden habe, und hebt gerade diesen Befund als wichtiges Zeichen für das allmählige Tiefertreten der Nieren hervor. Auch besitzen wir gerade in dieser Verlängerung der Nierengefässe ein Unterscheidungsmittel zwischen angeborenen und erworbenen Lageveränderungen, denn bei ersteren finden wir abnorm tief entspringende, kurze Arterien, bei letzteren aber in normaler Höhe entspringende, jedoch verlängerte Arterien, da erworbene Beweglichkeit zweifellos mit Verlängerung der Gefässe einhergehen muss. Während die normale Länge der Nierenarterien bei Erwachsenen rechts durchschnittlich 4,5 cm, links 4 cm beträgt, hat Heller sie bei Wanderniere bis auf 8, ja bis auf 13 cm verlängert gefunden.

51,6% aller Fälle von beweglichen Nieren zeigten nach der Statistik des hiesigen pathologischen Institutes Schnürleber, was wohl aufs deutlichste dafür spricht, eine wie wichtige Rolle in der Aetiologie der Wanderniere das Schnüren spielt.

Schliesslich ist noch des schädlichen, klinisch sehr wichtigen Einflusses des Schnürens auf den Verdauungstractus Erwähnung zu thun. Die durch Kompression der Leber bedingte Stockung des Blutflusses in den Pfortaderkapillaren pflanzt sich nach rückwärts fort und bedingt im Gebiete der Pfortaderwurzeln, d. i. im gesammten Magen Darmkanal eine venöse Hyperaemie und sogenannten Stauungskatarrh, dessen Symptome in Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Stuhlanomalien u. dergl. bestehen. Wie jede normale Drüsentätig-

keit, so ist aber auch die Sekretion der Verdauungssäfte an die Integrität der Blutcirculation gebunden. Es ist daher nicht schwer verständlich, dass die Circulationsstörung im Magen und Darmkanal auch auf die Sekretion der Verdauungssäfte von störendem Einfluss sein muss, dass eine mangelhafte Sekretion derselben stattfindet. Dazu kommt noch, dass dem Darmkanal zwei wichtige Sekrete zum Teil entzogen werden. Wie schon oben gesagt, ist der Abfluss der Galle ins Duodenum erschwert, ebenso leicht kann der Ductus pancreaticus verlegt werden, wodurch die Entleerung des für die Verdauung äusserst wichtigen Trypsins sehr beeinträchtigt wird. Dass hierdurch der Allgemeinzustand der betreffenden Individuen beträchtlich leiden muss, liegt klar auf der Hand; Abmagerung, allgemeine Mattigkeit und leichte Muskelermüdung, Neigung zu Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Ohnmachtsanwandlungen und dergl. sind die notwendige Folge, ein Zustand, der beim weiblichen Geschlecht im mittleren Lebensalter so häufig ist und leider nur zu oft von den Ärzten als Chlorose oder Neurasthenie bezeichnet wird.

Hierzu gesellt sich noch, wie wir gleich sehen werden, eine erschwerte Fortbewegung des Magen- und Darminhaltes, was wiederum zu abnormen Gährungen und Zersetzungen Anlass giebt und den bestehenden Katarrh unterhält und verschlimmert. Denn beim Schnüren wird einmal die rechte Niere gegen das absteigende Stück des Duodenums gedrängt, was Erschwerung der Magenentleerung, Erschlaffung der Magenwand und Magenerweiterung zur Folge hat, worauf zuerst Bartels hingewiesen hat. Dann auch komprimirt der rechte Leberlappen das Colon ascendens, und dieses führt zu einer Ektasie des Coecums und Koprostase daselbst mit gelegentlichen schwereren Veränderungen.

Das sind im Wesentlichen die localen und allgemeinen Störungen, welche durch das Schnüren bedingt werden, und gerade weil das Schnüren die Ursache für alle diese Leiden ist, wird so häufig das weibliche Geschlecht davon befallen. Eine Änderung der Frauentracht wäre daher sehr wünschenswert, schon das Anknöpfen der Röcke an ein leibartiges Kleidungsstück würde gute Frucht tragen. Möchte doch endlich einmal das »zarte Geschlecht« aufhören, den Begriff der Zartheit auch in der Wespentaille zu suchen und der Entwickelung eines kräftigen Körperbaues durch Einzwängen entgegenzuarbeiten, möchte es seine zarte Constitution vielmehr zu heben streben und sich zu einer starken Generation

heranbilden, das berufen ist, kräftigen Nachkommen das Leben zu geben! Doch bekanntlich nützt alles Predigen und Eifern gegen die Modethorheit des Schnürens garnichts, das liebe Schnüren ist den Frauen eben zu einer Gewohnheit geworden, von der sie nicht lassen können.

Im Anschluss hieran lasse ich nun einen kürzlich im hiesigen pathologischen Institut zur Sektion gekommenen Fall folgen, der in schönster Weise einmal wieder die Wirkungen des Schnürdruckes zeigt und in mancherlei Beziehung Interesse beanspruchen dürfte. Derselbe betrifft einen jungen Mann, im Anfange der zwanziger Jahre, der im 7. Monat geboren wurde. Derselbe soll von Klein auf am Magen gelitten haben und stetigen heftigen Kopfschmerzen; nähere anamnestische Daten sind nicht bekannt. Er wurde in seiner Wohnung plötzlich tot vorgefunden.

Die Sektion (S.-N. 35, Jahrg. 1892) ergiebt als wesentlichen Befund: Kleine Exostose am rechten Seitenwandbein. — Hyperostose des Schädeldaches. — Sehr starke Hyperaemie des Schädels und Schädelinhaltes. — Weissliche Trübung der Hirnhäute. — Festeres Haften der Hirnrinde an der Arachnoidea. — Geringe Abplattung der Windungen. — Hirnsubstanz sehr zäh. — Fehlen der mittleren Kommissur. — Etwas seröser Erguss in beiden Pleurahöhlen und im Herzbeutel. — Starke Hyperaemie der Lungen mit Haemorrhagieen. — Rechter Unterlappen in 2 Lappen geteilt. — Ausgedehnte Ekchymosirung an der Herzoberfläche. — Starke Lappung der Leber mit sehr starker Verlängerung des rechten Lappens nach unten. — Umschriebene Perihepatitis unter der Pelotte des Nabelbruchbandes. — Starke Lappung der Milz. — Sehr starke Hyperaemie der Nieren. — Hydronefrose der rechten beweglichen Niere. — Hyperaemie des ganzen Verdauungskanals. — Ektasie des Colon ascendens. — Starke Ektasie des Magens. — Rechter Hoden vor dem äusseren Leistenring, teilweise offener Leistenkanal. — Varicocele. — Geringes Offenbleiben des Urachus von der Harnblase her. — Hyperaemie und Haemorrhagieen des Pankreas.

Das uns namentlich interessirende ausführlichere Sektionsprotokoll lautet:

Männlicher Leichnam, sehr zart gebaut, ziemlich gut genährt. Haut bleich, mit ausgebreiteten dunkelen Totenflecken an den ab-

hängigen Teilen. Starre gelöst. Unterhautzellgewebe fettreich. Die Ränder der Rippenknorpel unter sehr spitzem Winkel gegen das Brustbein verlaufend.

Um den Leib ein bis 6 cm breites Nabelbruchband aus elastischem Stoffe. In der Nabelgegend eine 10,4 cm grosse starre Scheibe von 12 mm Dicke, die nach unten muldenförmig ausgehölt einen 8 cm weit vorragenden, bis 3 cm messenden halbkugeligen, sehr harten Wulst trägt. Unter dieser Pelotte findet sich die Haut stark nach der Bauchhöle hin eingedrückt, in der Ausdehnung von 3,5 cm in Falten gelegt, gegen den anscheinend vollkommen verschlossenen Nabelring konvergirend.

In der Bauchhöle wenige Tropfen klaren Serums.

Leber sehr eigentümlich missgestaltet. Das Ligam. hepatis, von der Durchtrittsstelle der unteren Holvene durchs Zwerchfell bis zum unteren Ansatz an der Leber gemessen, 17 cm lang, 6 cm breit von der Leber bis zur Bauchwand, verläuft in einem \-förmigen Bogen von rechts oben nach links unten. Verschiedene Bindegewebsstränge ziehen von der Bauchwand an dasselbe heran. Der rechte Leberlappen dick, dunkelbraunrot, von normaler Dichte. $8^1/_2$ cm unterhalb der unteren Holvene geht $1^1/_2$ cm vom Ligam. hepatis ein $13^1/_2$ cm langer, bis $10^1/_2$ cm breiter und fast 4 cm dicker Lappen nach unten hin ab, durch eine halbmondförmige, bis zu 2 cm tief eingeschnittene Furche vom übrigen Lappen getrennt, die unterste Grenze des rechten Lappens um 6 cm überragend. Dieser nach unten hängende zungenförmige Lappen liegt mit seiner Mitte unter dem vernarbten Nabel. Der Stiel des Lappens ist in der Breite von 1 cm auch aus dem linken Lappen entspringend, links vom Ligam. hepatis liegt ein 7 cm langer, bis 2 cm breiter Abschnitt. Das Ligam. teres verläuft nach links von diesem abnormen Lappen, ihn umschlingend, nach dem Hilus.

An der unteren Fläche der Leber zeigt sich ebenfalls, dass dieser abnorme Lappen aus linkem und rechtem Leberlappen herausgewachsen ist. Es findet sich die Gallenblase an der unteren Fläche den unteren Leberrand etwa 5 cm überragend, und die Furche für dieselbe etwa das linke Achtel des Lappens abschneidend. Auch sonst ist die untere Fläche der Leber sehr stark durch tiefe Furchen in mehrfache Lappen zerlegt. Der stark heruntergezogene Lappen zeigt eine stark weissliche Verdickung der Kapsel. Der ganze Lappen sehr derb und fest indurirt.

Die rechte Niere etwas tiefer liegend, leicht beweglich, ihr Nierenbecken stark erweitert, linke normal.

Das aufsteigende Colon weit, das Colon transversum unterhalb des beschriebenen Lappens liegend, eng.

Magen sehr weit, Schleimhaut dunkel gerötet.

Unterwerfen wir unseren Fall nun einer kurzen näheren Betrachtung, so darf es uns zunächst einmal nicht Wunder nehmen, wie ein so jugendliches Individuum schon so ausgesprochene Schnürveränderungen zeigen kann. Schürveränderungen pflegen ja im Allgemeinen das jugendliche Alter zu verschonen und einen pathologischen Befund beim mittleren und höheren Lebensalter zu bilden; so fand Leue an der Hand des Kieler Sektionsmateriales bei 89 weiblichen Personen, die in einem Alter von 16—20 Jahren gestorben waren, nur zweimal, also in 2,1 % der Fälle, eine Schnürleber. Es steht dieses eben mit der Aetiologie in direktem Zusammenhange. Denn beim weiblichen Geschlecht pflegt das Schnüren erst in den Pubertätsjahren zu beginnen, in einem Alter, in dem die Eitelkeit anfängt, sich geltend zu machen, und wo darauf Bedacht genommen wird, »eine schöne Taille« zu erzielen; auch bei denjenigen männlichen Berufsklassen, welche sich eines Gürtels oder Riemens anstatt der Hosenträger zum Festhalten der Beinkleider bedienen, beginnt die Schädlichkeit erst zu einer Zeit, wo sie aus den Kinderjahren herausgetreten sind In unserem Falle dagegen handelt es sich um eine von Geburt, und zwar etwa vom siebten Fötalmonate, an wirkende Schadlichkeit; denn hier ist ja zweifellos die Einschnürung bedingt durch das Nabelbruchband, welches Patient wegen eines angeborenen Nabelbruches von Klein auf hat tragen müssen. Wir könnten also in diesem Falle gleichsam von einem unfreiwilligen Schnüren sprechen. Es ist ja eine alte Erfahrung, das Nabelbrüche sehr schwer mit bruchbandartigen Vorrichtungen zurückzuhalten sind. Bei der Form des Bauches, bei der Beweglichkeit der Bauchdecken und bei der wechselnden Füllung der Ingesta sind die Bruchbander sehr schwer anzubringen, was sowohl fur die kindlichen Nabelbrüche, als auch in erhöhtem Masse für die der Erwachsenen gilt. Sollen dieselben daher ihren Zweck erfullen, so müssen sie schon sehr fest angelegt werden. Dass das Tragen eines Nabelbruchbandes also so starke Schnürveränderungen bewirken kann, ist nicht schwer zu verstehen, es dürfte dieses aber weniger bekannt sein und es wird zu wenig darauf hingewiesen. Jedenfalls erwächst daraus für uns Ärzte die

ernste Mahnung, diese eventuell eintretenden Störungen bei der fortdauernden Behandlung der Nabelbrüche mit Bruchbändern ins Auge zu fassen und ihnen durch eine andere Therapie, vielleicht durch operative Behandlung des Bruches, zu begegnen.

Gehen wir nun einmal, dem Sektionsprotokolle folgend, die in unserem Falle eingetretenen pathologischen Störungen durch. Zunächst hat die Pelotte des Nabelbruchbandes in der Nabelgegend ihre Druckspuren zurückgelassen, indem sie daselbst eine geringe Vertiefung der Haut mit Compression derselben bildete und die Haut in der Umgebung des Nabels in Falten legte. Wir können diese Wirkung der Pelotte eigentlich nicht als eine Störung bezeichnen, sondern der Verschluss des Nabelringes — der Nabelring erscheint in unserem Falle anscheinend vollkommen geschlossen — ist die bezweckte Wirkung derselben. Da es aber unter dem Drucke der Pelotte zu einer Ausheilung des Bruches gekommen ist, so muss es uns ganz rätselhaft erscheinen, weshalb der Patient so lange ein Bruchband getragen hat. Wir können eine Erklärung hierfür nur in der Gewohnheit und darin finden, dass die Sorge um den Bruch ihn abhielt, den Apparat abzulegen zu einer Zeit, wo derselbe seinen Zweck schon längst erfüllt hatte. Hätte der Patient diesen Fehler nicht begangen, so hätte er vielleicht jene Schnürveränderungen sich nicht zugezogen, oder wenigstens es wären dieselben nicht so hochgradig geworden. So aber hat der Schnürdruck zu lange angehalten und hat zu jener für's Schnüren so typischen ausgesprochenen Verunstaltung der Leber geführt. Wir sehen über den rechten Leberlappen von rechts nach links eine bis 9 cm lange, 2 cm tief eingeschnittene halbmondförmige Furche verlaufen, welche dem ursprünglichen unteren Leberrande entspricht. Nach und nach hat sich aber durch vicariirende Hypertrofie der unteren Leberhälfte jener zungenförmige Lappen herausgebildet, der schliesslich so weit nach unten ragte, dass seine Mitte genau unter den Nabelring zu liegen kam. Durch den Druck der Pelotte ist es nun in diesem abnorm gewucherten Fortsatz zu einem Entzündungsreiz gekommen, der sich in der stark weisslichen Verdickung der Kapsel ausspricht; eine Verwachsung zwischen Kapsel und Peritoneum der vorderen Bauchwand ist merkwürdiger Weise ausgeblieben. Die Beteiligung des Bauchfellüberzuges der Leber hat meiner Ansicht nach auch die hochgradigen Schmerzen bedingt, an denen Patient von Klein auf gelitten hat, und welche sowohl von ihm als auch vom be-

handelnden Arzt auf den Magen bezogen wurden, ein diagnostischer Irrtum, der ja garnicht so selten gemacht wird. Sicherlich war ja auch in diesem Falle durch Einengung des Duodenums der Magen in Mitleidenschaft gezogen, ein Punkt, auf den ich weiter unten noch zurückkommen werde.

Es wurde aus dem abnorm gewucherten, fest indurirten Lappen zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung ein kleines Stück herausgeschnitten und in Alkohol gehärtet; ein ebensolches Stück wurde auch zum Vergleich aus der oberen, makroskopisch normal erscheinenden Partie der Leber herausgenommen. Der mikroskopische Befund an den mit Haematoxlin gefärbten Schnitten war folgender: In der indurirten Partie zeigte sich die längs der Gefässe in das Innere der Leber sich begebende Glisson'sche Kapsel verdickt und zellreicher als in der normalen Lebersubstanz. In der Umgebung der Gefässe fanden sich zahlreiche kleinzellige Infiltrate, die zum Teil eine längliche Form hatten, zum Teil rundliche Zellanhäufungen bildeten. Aber auch im eigentlichen Leberparenchym zeigten sich, unabhängig von der Glisson'schen Kapsel, vereinzelte kleinere Entzündungsherde. Das Leberparenchym selbst erwies sich normal, hier und da fanden sich einzelne vergrösserte Leberzellen mit besonders grossen runden Kernen, als wenn sie in der Wucherung begriffen wären.

Dieser zu abnormem Wachstum angeregte zungenförmige Lappen ist nun durch das Bruchband nach der Mittellinie und nach unten gedrängt und hat einmal auf die rechte Niere gedrückt und dieselbe gelockert, dann auch hat er durch Druck auf das Colon ascendens Ektasie des Coecums und indirect, indem er die rechte Niere gegen das absteigende Stück des Duodenums drängte, Dilatation des Magens und Katarrh derselben bedingt. Wir finden also in unserem Falle auch die durch's Schnüren hervorgerufenen pathologischen Störungen am Verdauungstractus in schönster Weise vor.

Schliesslich habe ich noch den pathologischen Befund der rechtsseitigen Hydronefrose zu erwähnen und in Beziehung zu dem Schnüren zu bringen. Zu ihrer Erklärung greife ich nochmals auf die Ansicht von Landau zurück, der ja, wie ich oben schon auseinandersetzte, die Wanderniere durch Hydronefrose entstehen lässt. Er hält also die Hydronefrose für die primäre Erscheinung, die ihrerseits nun durch ihre Schwere die Niere hinabzieht, also secundär Nierenbeweglichkeit zur Folge hat. Es lässt sich ja von

vornherein nicht von der Hand weisen, dass eine Hydronefrose Nierenverlagerung und Nierenbeweglichkeit machen kann, doch ich möchte glauben, dass derjenige, welcher meint, in allen Fällen, wo Wanderniere und Hydronefrose zusammentreffen, letztere als die primäre Störung annehmen zu müssen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sicherlich Ursache und Wirkung verwechselt. Auch müsste doch eine andere Ursache für die Hydronefrose nachgewiesen werden können, was in den im hiesigen pathologischen Institute beobachteten Fällen niemals gelang. Immerhin gehört ja die Hydronefrose zu den selteneren Schnürveränderungen, wo sie aber auftritt, findet sich gleichzeitig immer eine Nierenverlagerung, und dieser Umstand muss schon auf eine gemeinsame Ursache hinweisen, die nur in dem Schnüren zu suchen ist. Es ist nun auch in der That nicht schwer, den Beweis hierfür zu bringen und gerade unser Fall dürfte sich wieder einmal schön hierzu eignen. Links finden wir die Niere fest, hier haben wir in Folge dessen auch keine Hydronefrose im Sektionsprotokoll zu verzeichnen gehabt; rechts dagegen, wo der nach unten gewucherte Leberlappen die Niere herabdrängte, fand sich auch eine Erweiterung ihres Nierenbeckens vor. Die Erklärung ist ganz einfach. Wird eine Niere durch irgend einen Umstand nach unten gedrängt, so müssen sich der Anfang und das Ende ihres Ureters einander nähern; die naturgemässe Folge davon wird sein, dass sich der Ureter, wie ein jedes elastische Rohr, in Schlingen legt oder an einzelnen, besonders festgehefteten Stellen durch Abbiegungen einknickt. Hierdurch kommt es aber zu einer Erschwerung der Harnentleerung aus den oberen Abschnitten und im Anschluss daran zu einer Ausdehnung des Ureters und zur Erweiterung des Nierenbeckens. [1])

Zum Schluss erfülle ich hiermit die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Heller, für die Überlassung des Materiales und für die mir stets bereitwilligst gewährte, gütige Unterstützung bei der Abfassung meiner Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[1]) Vergl. bes. den schönen von Buck berichteten Fall.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel I.

Ansicht der Leber von oben.

Sch. L. = Schnürlappen.
N. = vernarbter Nabelring.

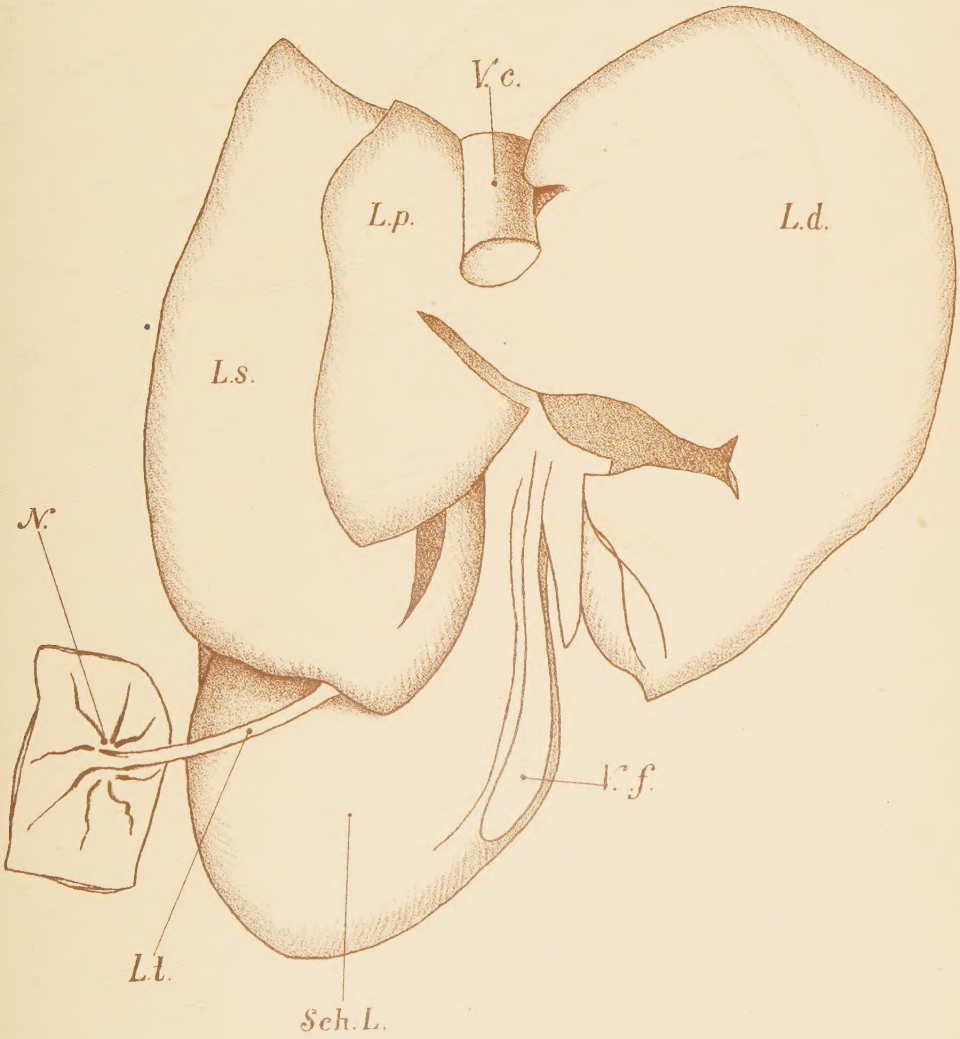
Tafel II.

Ansicht der Leber von unten.

Sch. L. = Schnürlappen.
N. = vernarbter Nabelring.
L. d. = Lobus dexter.
L. s. = Lobus sinister.
L. p. = Lobus posterior.
L. t. = Ligamentum teres.
V. c. = Vena cava.
V. f. = Gallenblase.

Vita.

Ich, Johann Friedrich Carl Albert Fricke wurde am 26. Februar 1867 zu Rheden, Regierungsbez. Hildesheim, als Sohn des damaligen Landwirtes, jetzigen Rentiers Carl Fricke geboren. Meine erste Schulbildung genoss ich auf der Rektoratsschule zu Gronau a. d. Leine, Michaelis 1876 kam ich auf das Königl. Gymnasium Andreanum zu Hildesheim, das ich Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studirte an den Universitäten Tübingen, Leipzig, Berlin und Kiel. Am 9. März 1888 bestand ich zu Tübingen das tentamen physicum, das medicinische Staatsexamen vollendete ich am 3. Februar 1892 zu Kiel. Am 12. Februar 1892 legte ich das Examen rigorosum ab.

Taf. I.

Taf. 2.